10C7 Vence martes 10.

R1

COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2019 "Año del Centenario del Natalicio de Rafael Montejano y Aguiñaga"

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN GENERAL
RECIBIDO
26 NOV 2019
NOMBRE: Duy
HORA: 11:43

PRESIDENCIA
OFICIO No. OP-137/2019
San Luis Potosí, a 25 de noviembre de 2019

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

26 NOV 2019
16:26

Distinguida Directora:

Me permito comunicar a Usted que el 25 de noviembre de 2019, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, emitió la Recomendación **26/2019**, dirigida a esa Dirección sobre el caso de inadecuada atención médica en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y Hospital General de Ciudad Valles, que se cometió en agravio de V1, Cuyo resultado fue muerte prenatal, relacionada con el expediente de queja 2VQU-146/2017.

Le expreso mi consideración y respeto.

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE

Nº 17401

Sobre

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSÍ
RECIBIDO
26 NOV. 2019
OFICIALÍA DE PARTES
Recibe Paty Hora 9:26

Jurídico
c.c.p. Atención médica

COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2019 "Año del Centenario del Natalicio de Rafael Montejano y Aguiñaga"

RECOMENDACIÓN No. 26/2019

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE XILITLA Y HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES, QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1, CUYO RESULTADO FUE MUERTE PRENATAL.

San Luis Potosí, S.L.P, a 25 de noviembre de 2019

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

Distinguida Directora:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 2VQU-146/17, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 y V2.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 22 fracción I, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 3, fracciones XVIII, XXXV y XXXVII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, y con el propósito de proteger los nombres y datos de las personas involucradas en la presente recomendación, se omitirá su publicidad. Esta información solamente se hará de su conocimiento a través de un listado anexo que describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, en relación a la atención médica que recibió en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles, del estado de San Luis Potosí, con motivo su embarazo de 8 meses de gestación que derivó en muerte prenatal por desprendimiento prematuro de placenta.

4. V2 señaló que el 11 de mayo de 2017, llevó a V1, su esposa al Hospital Básico Comunitario de Xilitla, toda vez que presentaba un embarazo de 8 meses de gestación y se le había "*roto la fuente*", que el médico que la atendió le dijo que regresara al siguiente día, que durante esa noche V1 continuó arrojando líquido vía vaginal por lo que regresó a una segunda valoración a las 08:00 horas del 12 de mayo de 2017, y el personal médico le indicó a Q2 y Q3, que debían regresar en cuatro horas.

5. A las 12:00 horas del 12 de mayo de 2017, V1 fue atendida por personal médico que le indicó que todo está bien y debía de regresar a las 21:00 horas, al regresar a esa hora se le indicó que sería valorada en las siguientes horas por lo que permaneció en sala de espera hasta las 00:30 horas del 13 de mayo de 2017 que se indicó su internamiento y a las 02:00 horas se le informó que V1 sería trasladada al Hospital General de Ciudad Valles.

6. En el Hospital General de Ciudad Valles se le informó que el producto de la gestación nació sin vida, que hubo un desprendimiento en la placenta que lo origino, que a esto contribuyó la demora en el traslado para ser atendida.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 2VQU-146/2017, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsables, se entrevistaron a las víctimas, testigos, se recabaron expedientes clínicos, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

8. Acta circunstanciada de 16 de mayo de 2017, en la que se personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V2, pareja de V1, quien presentó queja en contra del personal del Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles por la inadecuada atención médica que recibió V1, con motivo de su estado de gestación al cursar 8 meses y presentar ruptura de "fuente" y liquido vaginal, que tuvo como consecuencia que el producto de la gestación naciera sin vida. A su queja agregó:

8.1 Nota periodística de 17 de mayo de 2017, publicada en el periódico Zu Noticia, página 30, cuyo encabezado se lee "*Muere bebe en el vientre de su madre*" y en su contenido señala que V1 mujer originaria de Xilitla fue trasladada al Hospital de Ciudad Valles, donde murió su bebe dentro de su vientre, en el caso se ha denunciado ya por negligencia médica ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

9. Oficio 02350 de 7 de junio de 2017, signado por el Director del Hospital General de Ciudad Valles de los Servicios de Salud del Estado, con relación a los hechos de la queja presentada en agravio de V1, rindió un informe en el que precisó:

9.1 Que V1, paciente de termino de 22 años de edad, fue referida por el Hospital Básico Comunitario de Xilitla, San Luis Potosí, con folio 3805 signado por el doctor AR3, médico general, que V1 ingresa el 13 de mayo del 2017 al área Modulo Mater de urgencias a las 04:48 horas, signos vitales: peso de 59.200, talla de 1.57 centímetros, tensión arterial 100/70, frecuencia cardiaca 94 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.7 centígrados, atendida en ese momento por enfermera siendo diagnosticada con segundo embarazo de 38.3 semanas de gestación por fecha de última menstruación, ruptura de membrana, fase latente de trabajo de parto.

9.2 Que V1 ingresa a sala de ginecología, alto riesgo, para vigilancia a las 08:00 horas, es valorada por AR5, ginecólogo quien decide continuar con la inducción de

trabajo de parto, sin sangrado transvaginal, posteriormente pasa a quirófano de urgencias para la valoración de AR6, ginecólogo, quien la diagnostica con probable desprendimiento prematuro de placenta normointensa a las once horas con cincuenta y seis minutos, se obtiene un producto óbito femenino de 2,850 gramos, haciéndole el certificado de defunción número 171083523 de 13 de mayo de 2017, con diagnóstico de desprendimiento presunto placenta normointensa e interrupción de la circulación materno fetal.

9.3 Que V1 pasó a sala de recuperación donde evoluciona satisfactoriamente y posteriormente egresa sin complicaciones. Que en todo momento se atendieron las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico, NOM-87-ECOL-195 de criterios y procedimientos para la prestación del Servicio NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de la enfermería, Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002 Prevención u control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer.

9.4 Nombramiento de 30 de junio de 2016, signado por la Directora General de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí por el cual da nombramiento al Director del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

9.5 Certificado de muerte fetal con número de folio 171083523 de 13 de mayo de 2017, en el que se asentó como causa de muerte fetal del producto de la gestación de V1; desprendimiento de placenta normoinserta, interrupción de circulación materno fetal.

10. Oficio 1420, de 9 de junio de 2017, suscrito por el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No. IV de los Servicios de Salud del Estado en el que rindió un informe sobre los hechos de queja presentada por V2, en agravio de V1, en el que se destaca:

10.1 El 11 de mayo de 2017, V1 de 22 años de edad, con embarazo de 38 semanas de gestación acudió a consulta a las 19:52 horas en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla, quien manifestó que a las 17:00 horas tuvo salida de moco

y liquido en poca cantidad por vía vaginal, negó haber tenido contracciones uterinas, con movimientos fetales presentes, se realizó revisión ginecológica, encontrándose fondo uterino de 29 centímetros, cuello uterino con un centímetro de dilatación, 70% de borramiento, frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, sin contracciones uterinas, se le explica a paciente y se pide valoración a las seis horas, se diagnostica paciente secundigesta de 38.1 semanas de gestación, con pródromos de trabajo de parto y pronóstico bueno.

10.2 Que el 12 de mayo de 2017, a las 08:30 horas acudió nuevamente V1 al Hospital de Xilitla, para revaloración médica por que refirió salida de líquido transvaginal hialino, el cual es intermitente y sin sangrado, sin datos de vasoespasmos, buena motilidad fetal y dureza abdominal esporádica, de la valoración ginecológica realizada a V1 se encontró frecuencia cardiaca fetal de 125/132 latidos por minuto, se le realiza especuloscopia y se observó canal cervical sin alteraciones, borramiento de 60% y dilatación de 1 centímetro, continúo con pródromos de trabajo de parto, se determinó embarazo normoevolutivo, y se cita a las 6 horas para revalorización con cita abierta a urgencias.

10.3 A las 16:00 horas del 12 de mayo de 2017, es valorada encontrándose frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto con una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, tensión arterial de 100/60 mm Hg, con actividad uterina irregular, se presencia 1 contracción en 20 minutos con duración de 20 segundos, cuello uterino dehiscente con 1 centímetro de dilatación, frecuencia cardiaca fetal de 128 latidos por minuto, no se encontró salida de líquido en canal vaginal, se le indicó revaloración en 6 horas.

10.4 A las 21:05 horas del 12 de mayo de 2017, V1 es valorada nuevamente por presentar dolor obstétrico y salida de tapón mucuoso, de la revisión ginecológica practicada se observó que se encontraba orientada, cooperadora, con ritmos cardiacos de adecuada intensidad y frecuencia con fondo uterino de 29 centímetros, con frecuencia cardiaca fetal de 127 latidos por minuto, no aparente

salida de líquido amniótico, por lo que se concluyó que V1 se encontraba con trabajo de parto en fase latente por lo que se decidió revaloración a las 4 horas o antes con datos de alarma.

10.5 A las 02:30 horas del 13 de mayo de 2017, se revalora a V1, encontrándose frecuencia cardiaca fetal de 120 latidos por minuto, se le realizó tacto vaginal encontrándose con 3 centímetros de dilatación, borramiento del 60% con salida de líquido claro en poca cantidad, se decide ingreso al área de toco para inducto conducción al revisar frecuencia cardiaca fetal, se encuentran datos de 115 latidos por minuto, por lo que se comenta situación de la paciente al Hospital General de Ciudad Valles por las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal y es aceptada a las 03:00 horas en segundo nivel de atención.

10.6 Que V1 recibió en todo momento una atención médica adecuada a su estado de gravidez; pues si no se atendió el alumbramiento en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla fue porque no había en V1, condiciones para ello, no había contracciones, ni una dilatación apropiada y contaba con líquido amniótico suficiente, que se determinó el traslado al Hospital General de Ciudad Valles en razón de que la frecuencia cardiaca del producto había disminuido, lo que ameritaba una atención especializada de segundo nivel.

10.7 Que los protocolos que fueron atendidos por el personal médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla, fueron los siguientes: Guía práctica clínica 052-08 vigilancia de trabajo de parto; Guía práctica clínica 446-09 ruptura prematura de membranas, Guía práctica clínica SEDENA-446-09 diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pre termino; México: Secretaría de Salud 2009; NOM 007-SSA2-2016, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio de la persona recién nacida.

10.8 Que los servidores públicos que trabajan en las Unidades Médicas de este Organismo, obran de buena fe y siempre en beneficio de la atención de la población, quienes actúan bajo los lineamientos y/o protocolos establecidos institucionalmente a fin de garantizar el derecho a la salud de todas las personas,

para dar atención, seguimiento y una respuesta oportuna y eficaz ante las necesidades particulares de cada paciente.

10.9 Relación de personal que atendió a V1 en el Centro de Salud de Soledad de Zaragoza y del Hospital Básico Comunitario de Xilitla.

10.10 Informe médico de 5 de junio de 2017, suscrito por AR1, Médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla, quien con relación a los hechos de la queja informó que a las 19:52 horas del 11 de mayo de 2017, realizó valoración médica a V1, en el consultorio de urgencias, acudió refiriendo que a las 17:00 horas, tenía salida de moco y liquido en poca cantidad por vía vaginal, niega tener contracciones uterinas con movimientos fetales presentes. Realizó a la exploración física y ginecológica posterior al interrogatorio y se encontró 1 centímetro de dilatación, moco vaginal, no hay salida de líquido, frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos cardiacos por minuto, extremidades integras, miembros inferiores sin edema y sin datos de hiperreflexia, con pródromos de trabajo de parto y se pide que acuda a las seis horas.

10.10.1 A la revalorización el 12 de mayo de 2017, a las 16:00 horas, se revalora a V1, quien se refiere asintomática a febril, sin datos de vasoespasmos, niega salida de líquido o sangre vía transvaginal, movimientos fetales presentes, se registró frecuencia cardiaca fetal de 128 latidos por minuto, no hay salida de líquido en canal vaginal, diagnostico de secundigesta de 38.2 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación con pródromos de trabajo de parto, y pide revalorización a las seis horas. De acuerdo a la guía de práctica clínica 446-09 ruptura prematura de membranas indica que se sospecha de ruptura si se encuentra líquido amniótico en canal cervical, lo cual no se encuentra durante la exploración y el latido cardiaco fetal se encuentra dentro de los parámetros normales.

10.11 Informe médico suscrito por AR2, personal médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla, quien informó que a las 08:30 horas del 12 de mayo de 2017, atendió a V1, quien acudió a revaloración de embarazo, refirió salida de

líquido transvaginal hialino, el cual es intermitente y sin sangrado, sin datos de vasoespasmos, frecuencia cardiaca fetal de 125-132 latidos por minuto, en la especuloscopía canal cervical sin alteraciones, orificio cervical posterior deshicente, borramiento del 60%, dilatación de 1 centímetro, se realiza rastreo abdominal con apoyo de otro médico y se encuentra producto único vivo de un peso aproximado de 3,750 gramos más menos 500 gramos de 37 semanas de gestación, placenta fundica sin calcificaciones, con líquidos amniótico en cantidades normales, corroborando situación y presentación de feto en momento de estudios, se indicó revaloración a las seis horas.

10.12 Informe de caso de 6 de junio de 2017, suscrito por AR3, médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla, San Luis Potosí en el que señaló que el 12 de mayo de 2017 a las 21:05 horas atendió a V1, quien acudió a revalorización por dolor tipo obstétrico y salida de tapón mucuoso, quien acudió refiriendo sentirse asintomática, frecuencia cardiaca de 127 latidos por minuto, se encontró producto cefálico longitudinal dorso a la derecha, cérvix con 2 centímetros de dilatación, borramiento de 30% salida de tapón mucuoso no aparente salida de líquido amniótico, se concluye que se encuentra en trabajo de parto en fase latente por lo que se decidió revaloración dentro de las cuatro horas siguientes, dándole datos de alarma para acudir de manera inmediata a revalorización.

10.12.1 Que a las 02:00 horas del 13 de mayo de 2017, V1 acude a revalorización refiriendo salida de líquido transvaginal claro, se encuentra a V1, con una frecuencia cardiaca fetal de 120 latidos por minuto se observó buena cantidad de líquido amniótico por ultrasonografía, se realizó tacto vaginal con cérvix central de 3 centímetros de dilatación, se aprecia ligera salida de líquido claro, borramiento al 60% extremidades inferiores integras simétricas normoreflecticas pulsos distales presentes, por lo que es ingresada a área de observación por presentar ruptura de membranas, se piensa realizar conducción de trabajo de parto, la cual no se realizó por presentar frecuencia cardiacas fetales oscilantes entre 115 a 125 latidos por minuto y se decidió referir a paciente a segundo nivel de atención, aceptando a las 03:00 horas del 13 de mayo de 2017, AR4 personal médico. No cuentan con paraclínicos, no cuentan con papel para realizar trazo por tocografo.

Se maneja diagnóstico de II embarazo de 38.3 semanas de gestación, ruptura de membrana a descartar sufrimiento fetal, ultima frecuencia cardiaca fetal reportada por departamento de enfermería es de 120 latidos por minuto.

10.13 Resumen clínico de 2 de junio de 2017 signado por personal médico del Centro de Salud Soledad de Zaragoza del municipio de Xilitla, San Luis Potosí, en el que informó que V1 se presentó el 8 de mayo de 2017 a su control prenatal con 38 semanas de gestación siendo referida al segundo nivel de atención según protocolo encontrándose sana. El 19 de mayo se presentó en su domicilio para retirar puntos de cesárea sin ninguna complicación.

11. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla, San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió VI, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

11.1 Formato de registro para la atención en el área Triage obstétrico, en el que personal médico asentó que V1, de 22 años de edad, a las 19:52 horas del 11 de mayo de 2017, acudió a evaluación y pasó a consulta de urgencia.

11.2 Valoración médica de urgencia de 11 de mayo de 2017, en la que AR1 personal médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla quien asentó que V1 presentó dilatación de 1 cm y 70% de borramiento, restos mucuoso, frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos por minuto, sin contracciones uterinas por el momento, siendo diagnosticada con pródromos de trabajo de parto, revalorización dentro de seis horas o antes con datos de alarma, acudir a urgencias con datos de vasoespasmos antes de las horas señaladas.

11.3 Nota de evolución médica de 12 de mayo de 2017, en la que AR2, personal médico asentó que a las 08:30 horas V1 presentó borramiento de 60%, frecuencia cardiaca fetal de 125/132 latidos por minuto, dilatación de 1 centímetro, con diagnóstico de producto único vivo, reactivo, con un peso aproximado de 3,750 gramos – 500 gramos, de 37 semanas de gestación, placenta fundica sin calcificaciones, con líquido amniótico en cantidades normales, corroborando

situación, pródromos del trabajo de parto, en plan de revaloración en seis horas o antes con datos de alarma.

11.4 Nota médica de 12 de mayo de 2017, en la que AR1 personal médico hizo constar que a las 16:00 horas, que V1 registraba frecuencia cardiaca fetal de 128 latidos por minuto a la exploración ginecológica con cuello uterino posterior dehiscente, no hay salida de líquido vaginal, 1 centímetro de dilatación, por lo que se pide regrese a las seis horas para revaloración.

11.5 Nota medica de ingreso a Toco de 13 de mayo de 2017, en la que AR3, hace constar que a las 02:30 horas, se registra frecuencia cardiaca fetal de 115 a 125 latidos por minuto, por lo que se encuentra en vigilancia por frecuencia cardiaca fetales.

11.6 Hoja de registro de signos vitales por horario, del 13 de mayo de 2017, en la que se asentó la frecuencia cardíaca fetal de las 02:00 horas en un intervalo de cada quince minutos hasta las 03:00 horas siendo intermitente entre 117 a 125 latidos por minuto.

11.7 Hoja de referencia con folio 3805, de 13 de mayo de 2017, en la que se hace constar que a las 03:00 horas V1 fue referida al Hospital General de Ciudad Valles al servicio de ginecología y obstetricia con registro de frecuencia cardiaca fetal de 110 a 119 latidos por minuto que no se modifica, borramiento de membranas de 40%, se aprecia salida de líquido evidente, se suministra medicamento y aun así la frecuencia cardiaca no se modifica, no cuenta con paraclínicos, no cuenta con papel para trazo por cardiotocografía, y es enviada para descartar sufrimiento fetal.

11.8 Tarjeta de control de la mujer embarazada y en lactancia de V1, en la que se asentó que V1 acudió a 8 consultas prenatales.

11.9 Póliza de afiliación de 25 de mayo de 2016, en la que aparece V1 como beneficiaria del Seguro Popular.

12. Oficio 02452 de 15 de junio de 2017, signado por el Director del Hospital General de Ciudad Valles, por el cual informó que no se realizó necropsia por el fallecimiento de la recién nacida, que las causas de muerte se asentaron en certificado de defunción 171083523 de 13 de mayo de 2017, que las causas de fallecimiento fueron desprendimiento de placenta normoincerta e interrupción en la circulación materno fetal.

13. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió de cuyas constancias destaca lo siguiente:

13.1 Historia clínica perinatal de V1, de 22 años de edad, en la que se asentó que se obtuvo recién nacido obitado.

13.2 Triage obstétrico de 13 de mayo de 2017, en la que se asentó que V1 fue valorada a las 04:48 horas, indicando a la revisión datos de atención habitual con código verde, en el que se anotó perdida vaginal dudosa, siendo el único indicador de atención prioritaria.

13.3 Folio de revisión módulo mater de 13 de mayo de 2017, en la que AR4, personal médico hace constar la revisión de V1, realizada a las 04:25 horas, quien fue referida del Hospital Básico Comunitario de Xilitla por ruptura prematura de membranas sin actividad uterina regular, con presencia de salida de líquido transvaginal a las 23:00 horas con movimientos fetales presentes, niega datos de actividad uterina, signos vitales dentro de parámetros, a la exploración útero gestante con producto único vivo cefálico longitudinal movimientos fetales presentes frecuencia cardiaca fetal de 132 latidos por minuto, 1 centímetro de dilatación, 40% de borramiento, liquido claro, indicando tratamiento de inducto-conducción de parto.

13.4 Nota de indicaciones médicas de 13 de mayo de 2017, en la que se hace constar que las 04:40 horas AR4, médico cirujano partero indica vigilar frecuencia

cardiaca fetal y actividad uterina a V1, quien pasó a sala de labor choque e indica avisar eventualidades.

13.5 Hoja de hospitalización a nombre de V1, en la que solo se asentó que ingresó al módulo mater.

13.6 Partograma a nombre de V1, con único registro realizado a las 04:29 minutos.

13.7 Valoración de trabajo de parto, parto y puerperio sin registro de datos.

13.8 Resultado de estudios de laboratorio de análisis clínicos de 13 de mayo de 2017, impresos a las 05:58 horas.

13.9 Nota médica de 13 de mayo de 2017, realizada las 08:00 horas respecto al estado de salud de V1, ilegible.

13.10 Nota de indicaciones médicas de 13 de mayo de 2017, que se elaboró a las 08:00 horas con indicaciones y nombre del médico ilegibles.

13.11 Registro de indicaciones médicas de 13 de mayo de 2017, que se elaboró a las 11:05 horas en la que AR6 indicó pasar a V1 a quirófano, indicación medicamento de ranitidina 50mg, metadopramida 10 mg, sonda Foley a derivación.

13.12 Nota pre-operatoria de 13 de mayo de 2017, en la que se asentó que a las 11:00 horas V1 pasó a quirófano para práctica de cesárea, obteniéndose óbito de 2750 gramos, apgar 0-0.

13.13 Historia clínica de gineco-obstetricia en la que se asentó que V1 refiere salida de líquido transvaginal a las 12:00 horas sin presencia de dolor, ruptura de membranas color transparente.

13.14 Nota médica de 13 de mayo de 2017, realizada a las 12:00 horas en la que se registró que se obtuvo producto obitado al practicar cesaría.

13.15 Carta de consentimiento informado firmado por V1.

14. Acta circunstanciada de 3 de julio de 2017, en la que se hace constar que personal de este Organismo se entrevistó con V1, quien manifestó que el 11 de mayo de 2017, al cumplir 38 semanas de gestación comenzó a arrojar liquido de color transparente, por lo que V2, su esposo la llevó al Hospital Básico Comunitario de Xilitla, lugar localizado a dos horas de distancia de su comunidad en el Ejido Soledad de Zaragoza, que el médico que la atendió le dijo que aún no presentaba dilatación, le realizó un ultrasonido y le indicó que se presentara hasta el siguiente día a las 08:00 horas del siguiente día.

14.1 Que al siguiente día volvió al Hospital Comunitario de Xilitla donde le practicaron otro ultrasonido y le indicaron que se encontraba bien su bebé, que era extraño que no dilatara por lo que comentó su caso con otros médicos, y al regresar sólo le dijo que debía de regresar a las 15:00 horas, que a esa hora volvió al hospital siendo atendida por médico diferente quien también le realizó ultrasonido y le indicó que regresara a otra revisión a las 21:00 horas que todo estaba bien.

14.2 V1 precisó que a las 21:00 horas del 12 de mayo de 2017, en compañía de su esposo y suegra, acudieron al hospital comunitario donde el médico le indicó que ya conocía de su situación y le realizó otro ultrasonido y le indicó caminar para que a la 01:00 horas fuera atendida otra vez, por lo que decidió permanecer en sala de espera y a las 11:00 horas del 12 de mayo comenzó a arrojar abundante liquido vía vaginal sin dolor, por que espero hasta que le tocara la revisión a las 00:30 horas del 13 de mayo de 2017 fue atendida por médico familiar quien hizo otro ultrasonido y le indicó que aún continuaba con un centímetro de dilatación que se quedaría internada y comenzó hablar por teléfono al Hospital General de Ciudad Valles.

14.3 Que el médico le explicó que la frecuencia cardiaca del bebé estaba bajando y debía de ser trasladada al Hospital General de Ciudad Valles, por lo que le colocaron glucosa y una mascarilla de oxígeno, que no sentía dolor en esos momentos y a las 02.30 horas fue trasladada al citado Hospital General, que, al llegar a ese lugar, personal médico le indicó que su hija se encontraba bien, que estaría en observación y de no sentir contracciones sería operada.

14.4 Que a las 08:00 horas del 13 de mayo de 2017, comenzó a sentir dolores intensos en el vientre, que arrojo liquido transparente vía vaginal, que al avisar a enfermería le indicaron que tenía que esperar a que llegara el doctor, que a las 09:30 horas comenzó a arrojar sangre vía vaginal, que hasta ese entonces salieron en busca de los médicos, que le vendaron las piernas y le colocaron una sonda y se desvaneció. Que, al despertar, un medicó le informó que había tenido un desprendimiento de placenta y que el bebé había tenido poco oxígeno, por ultimo dejaron entrar a su familia, quienes le dijeron que su bebe había muerto.

14.5 Hoja de referencia con número de folio 5937 expedida por el Centro de Salud de Soledad de Zaragoza de los Servicios de Salud del Estado al Hospital Básico Comunitario de Xilitla al área de ginecología, en la que se envió para valoración a las 38 semanas de gestación por fecha de ultima regla con anotación sello de embarazo de alto riesgo sin especificaciones.

15. Acta circunstanciada de 14 de julio de 2017, en la que se hace constar la comparecencia de Q1, quien con relación a los hechos de la queja manifestó que con motivo del embarazo de V1, su nuera, la víctima acudió en seis ocasiones a Hospital Básico Comunitario de Xilitla hasta que le informaron de su traslado al Hospital General de Ciudad Valles. Que a las 11:30 horas del 13 de mayo de 2017, le pidieron a su hijo, que consiguiera pañales porque V1 estaba presentando una hemorragia y realizarían cesara para obtener el producto de la gestación.

16. Oficio 2VS-0106/17, de 4 de abril de 2017, suscrito por la Segunda Visitaduría General de este Organismo Estatal por el cual se solicitó al Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, una opinión médica de la

atención brindada que recibió V1 en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles.

17. Acta circunstanciada de 20 de octubre de 2017, en la que personal de este Organismo hace constar entrevista con V1, a quien se le informó de la solicitud de opinión médica al Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, con respecto a la atención médica que recibió con motivo de su segundo embarazo.

18. Opinión Médica de 8 de abril de 2017, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que la atención de V1 por personal médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla y por el personal médico del Hospital General de Ciudad Valles no fue adecuada, no fue oportuna, no fue completa, no fue eficaz. No fue adecuada ya que no se estableció diagnóstico de ruptura prematura de membranas hasta que fue obvio la salida de líquido y transvaginal, no se utilizaron otros diagnósticos desde la primera consulta.

18.1 No fue completa ya que al no seguir un protocolo no se detecta la complicación hasta que la misma paciente refiere que está sangrando vía vaginal. No fue eficaz ya que a la paciente se le óbito su producto de termino por no seguir los lineamientos adecuados y protocolos establecidos en las Normas y Guías de manejo correspondientes.

18.2 Las omisiones de quien indica la inducto-conducción con prostaglandinas debe ser el ginecólogo no el médico familiar y si la indica debe previamente haber corroborado el bienestar fetal y tener un monitoreo necesario para detectar el inicio de cualquier complicación y poder corregirla a tiempo.

18.3 Si estas omisiones eran previsibles, pero también requiere que exista compromiso de la autoridad hospitalaria para supervisar el actuar médico, que se lleve a cabo el seguimiento de las normas de manejo ya establecidas, que los Hospitales Básicos Comunitarios tengan bien claro que pacientes deben enviar a

segundo nivel de atención y en el momento oportuno. Si también existe Responsabilidad Institucional ya que es función de ésta contar con el personal idóneo y con capacidad probada, así como con la infraestructura requerida para poder atender al paciente con la calidad requerida.

18.4 En los puntos de análisis de la opinión médica se destaca que V1 recibió 8 consultas prenatales sin haberse detectado ningún factor de riesgo conocido. Aunque en una de las notas refiere leucorrea, no se realizó interrogatorio intencionado sobre infección cervicovaginal en cada visita prenatal y nunca se le realizó cultivo de exudado cervicovaginal.

18.5 V1 recibió cuatro consultas en Hospital Básico Comunitario de Xilitla en menos de 48 horas, y la primera vez refirió salida de líquido transvaginal y se le realizó exploración con espejo vaginal hasta la segunda consulta, no se realizó ningún otra prueba diagnóstica como cristalografía, medición de PH, se realizó ultrasonido pero no cuantifico en índice de líquido amniótico (ILA) sólo trascribe como cantidad normal, estas consultas fueron realizadas por médicos generales, hasta la cuarta consulta donde la salida de líquido amniótico era muy obvia deciden internarla y posteriormente trasladarla al Hospital General de Ciudad Valles por descenso de frecuencia cardiaca fetal, no tenían en HBC papel para registro cardiotocográfico. Es muy importante anotar índice de líquido amniótico para posteriormente compararlo y observar si descendió.

18.6 Al ingresar V1 al servicio de Ginecología en Hospital General de Ciudad Valles, es valorada por médico general no por ginecólogo, no se realizó valoración de bienestar fetal (perfil biofísico), se indica inducto-conducción con Missosprostol (50 gramos de prostaglandina) vía oral, no se vigila con monitoreo electrónico (cardiotocografo), no se da seguimiento en Partograma, solo hay una valoración inicial, V1 es la que avisa que está presentando sangrado transvaginal importante y es cuando detectan la complicación obstétrica, no detectan inicio de perdida de bienestar fetal porque no la están monitorizando ni tenia cardiotocografo. El Partograma solo tiene anotación inicial a las 04:48 horas no tiene ninguna otra anotación sobre frecuencia cardiaca fetal o actividad uterina.

19. Oficio CGE/OIC-SSSSLP-126/2018, de 2 de mayo de 2018, signado por la Titular del Órgano Interno de Control de los Servicios de Salud por el cual informó sobre el registro de Expediente de investigación administrativa 1.

20. Acta circunstanciada de 8 de febrero de 2019, en la que personal de este Organismo hace constar la revisión de la integración del expediente de queja por los hechos denunciados por V1 y V2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

21. Los días 11, 12 y 13 de mayo de 2017, V1 fue atendida por médicos generales en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla del estado de San Luis Potosí, al presentar líquido vía vaginal con motivo de su segundo embarazo de 38.2 semanas de gestación, quien el 13 de mayo a las 03:00 horas fuera referida al Hospital General de Ciudad Valles por registrar disminución de frecuencia cardiaca fetal donde médico general decidió inducir parto vaginal; sin embargo, cuatro horas después V1 reportó sangrado vaginal por lo que se le practicó cesárea obteniéndose producto obitado.

22. De acuerdo a la vigilancia del control prenatal, V1 cursaba su segundo embarazo a los 22 años de edad, quien fuera referida el 8 de mayo de 2017 al Hospital Básico Comunitario de Xilitla con diagnóstico embarazo de 38 semanas de gestación por lo que requería de valoración ginecológica.

23. Los hechos indican que, V1 acudió al Hospital Básico Comunitario de Xilitla en cinco ocasiones y fue atendida por AR1, AR2 y AR3 personal médico, que a las 02:30 horas del 13 de mayo de 2017 se decidió su traslado al Hospital General de Ciudad Valles con diagnóstico de ruptura de membranas y a descartar sufrimiento fetal por la disminución de la frecuencia cardiaca fetal, reportándose que en el hospital comunitario no se contaba con paraclínicos ni papel para realizar trazo por tocografo situación que se comunicó a AR4, médico del Hospital General de

Ciudad Valles, quien realizó la primera valoración de V1 en ese hospital e indicó que se continuara con trabajo de parto.

24. Al respecto V1, señala que en su primera valoración por parte de AR4, en el Hospital General de Ciudad Valles se le indicó que su bebé estaba bien, que después de las 04:48 horas del 13 de mayo de 2017, que a las 08:00 horas comenzó con dolores intensos en el vientre y se le indicó que esperara al médico y a las 09:30 horas comenzó a arrojar sangre vía vaginal por lo que hasta ese momento llegó personal médico para atender la urgencia obstétrica y se le realizó una cesárea obteniéndose producto obitado.

25. En el certificado de muerte fetal con número de folio 171083523 de 13 de mayo de 2017, se asentó como causa de muerte fetal del producto de la gestación de V1; desprendimiento de placenta normoinserta, interrupción de circulación materno fetal, y en las conclusiones de la opinión médica que emitió especialista del Colegio de la Profesión Médica se determinó que las omisiones eran previsibles.

26. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, se obtuvieron constancias de que se inició el Procedimiento Administrativo de investigación 1 relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

27. Es importante señalar que la actuación de toda autoridad debe tener como objetivo principal el respeto, protección y garantía de los derechos humanos, por lo que esta Comisión Estatal hace hincapié en la necesidad de que los servidores públicos cumplan con el deber que les exige el cargo público, que lo realicen con la debida diligencia en el marco de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de que todas las

autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

28. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo tampoco le compete la investigación de los delitos, sino indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios, velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancione a los responsables de las violaciones cometidas.

29. En este contexto, atendiendo al interés superior de las víctimas del delito, y del abuso de poder reconocido en el derecho internacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y demás relativos de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, se emite la presente Recomendación favoreciendo en todo tiempo a las víctimas la protección más amplia que en derecho proceda.

30. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y V2 atribuibles a Servicios de San Luis Potosí a través de la atención proporcionada por personal médico en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles, derivado de la inadecuada atención médica que tuvo como consecuencia producto óbito de la gestación de V1.

31. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, de 22 años de edad, cursaba su segundo embarazo siendo atendida en el Centro de Salud Soledad de Zaragoza del municipio de Xilitla, siendo referida el 8 de mayo de 2017 al Hospital Básico Comunitario de ese municipio para valoración

ginecológica, que en los subsecuentes días 11, 12 y 13 de mayo de 2017, V1 acudió a ese hospital al presentar perdidas transvaginales siendo valorada por AR1, AR2 y AR3 personal médico quien a su valoración y realización de ultrasonido le indicaban que regresara revaloración porque aún no presentaba dilatación esto a pesar de los datos de arrojar liquido vía vaginal.

32. Los hechos indican que el 12 de mayo de 2017, a las 21:05 horas que fue valorada por AR3, personal médico le indicó que debía esperar cuatro horas para revaloración por lo que V1 decidió permanecer en sala de espera, que aunque no presentaba dolor continua con pérdidas transvaginales por lo que a las 00:30 horas del 13 de mayo de 2017 es internada en el hospital Básico Comunitario de Xilitla donde se le indicó que presentaba 3 centímetros de dilatación con reporte de disminución de frecuencia cardiaca fetal por lo que AR3 decidió envió referido de V1 al Hospital General de Ciudad Valles, donde arribó a las 04:48 horas siendo valorada por médico general quien indicó inducción de trabajo de parto, que el producto de la gestación estaba bien.

33. En este orden de ideas, de acuerdo a lo manifestado a V1, a las 08:00 horas del 13 de mayo de 2017, indica que comenzó con dolor intenso en vientre y se le informó que espera a la llegada del médico; sin embargo a las 09:30 horas empezó arrojar abundante sangre vía vaginal lo que provocó la movilización del personal de enfermería y médico entre ellos AR5 y AR6 ginecólogos, este último quien practicó cesárea a V1 obteniéndose producto obitado por desprendimiento de placenta e interrupción de circulación materno fetal como se asentó en el certificado de muerte fetal con número de folio 171083523.

34. En este contexto, de las constancias que fueron recabadas por este Organismo y que integran los expedientes clínicos que se integraron en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles respecto a la atención médica que recibió V1, se cuenta con evidencias que permiten determinar la vulneración a los derechos humanos por las siguientes consideraciones.

35. El 11 de mayo de 2017, en su primera atención en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla, V1 presentó diagnóstico de segundo embarazo más pródromos de trabajo de parto, frecuencia cardiaca fetal de 159 latidos por minutos, más 70% de borramiento y 1 centímetro de dilatación indicando AR1, personal médico que acudiera a revaloración al siguiente día.

36. El 12 de mayo de 2017, a las 08:30 horas, V1 es atendida por AR2, médico general quien diagnostica producto único vivo, realizó ultrasonido, encontrando pródromos de trabajo de parto pidiendo revaloración a las seis horas con datos de alarma, por lo que al regresar a las 16:00 horas, AR1, personal médico quien ya tenía conocimiento del estado de salud de V1, indicó nuevamente revaloración médica en las subsiguientes horas, documentando frecuencia cardiaca fetal a 128 latidos por minuto la cual comenzaba a registras descenso.

37. Los hechos indican que en la valoración de las 21:05 horas del 12 de mayo de 2017, AR3 médico general encuentra que V1 estaba en fase latente de trabajo de parto y a las 02:30 horas decide su traslado al Hospital General de Ciudad Valles al presentar variación de la frecuencia cardiaca fetal entre 115 a 125 latidos por minuto, lo que de acuerdo con el informe rendido por la autoridad responsable refiere haberse comunicado con AR4, médico general del Hospital General de Ciudad Valles para comentar el estado de salud de la paciente.

38. Mediante oficio 1420 de 9 de junio de 2017, el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No. IV de los Servicios de Salud del Estado informó que a las 19:52 horas del 11 de mayo 2017, a las 08:30, 16:00 y 21:05 horas del 12 de mayo y a las 02:30 horas del 13 de mayo de 2017 se reportó atención médica brindada a V1 en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla, en el que se destaca que desde las 21:05 horas del 12 de mayo se encontró registro de frecuencia cardiaca fetal de 127 latidos por minuto y subsiguientemente de 120 a 115 latidos por minuto por lo que ante las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal se decide su referencia al Hospital General de Ciudad Valles.

39. Cabe destacarse que de acuerdo al informe rendido por AR3, personal médico señaló que a las 02:00 horas del 13 de mayo de 2017, V1 refirió perdida de líquido transvaginal con una frecuencia cardiaca fetal de 120 latidos por minutos, con 3 centímetros de dilatación u borramiento de 60% de borramiento, que ante el registro de ruptura de membranas no se realiza conducción de trabajo de paro por las frecuencias cardiacas además de no contar con paraclínicos y papel para realizar trazo por tocografo

40. Es en estas circunstancias de valoración que V1, es ingresada al módulo mater del Hospital General de Ciudad Valles, siendo valorada a las 04:25 horas del 13 de mayo de 2017, por AR4 médico general quien aun con los datos de la referencia médica decidió conducir trabajo de parto, con registro de frecuencia cardiaca fetal de 132 latidos por minuto, 1 centímetro de dilatación, 40% de borramiento, líquido claro, por lo que indica avisar eventualidades.

41. De las evidencias que constan en el expediente clínico que se integró en el Hospital General de Ciudad Valles, se advierte que no se documentó el Partograma de V1, ya que solo cuenta con un registro a las 04:29 horas, la hoja de valoración de trabajo de parto, parto y puerperio no tiene datos, no hay atención médica con motivo de los resultados de laboratorio impresos a las 05:58 horas del 13 de mayo de 2017, las notas médicas y de indicaciones médicas de las 08:00 horas de ese mismo día se encuentran ilegibles.

42. En este aspecto, sobre la ilegibilidad de las notas de atención médica realizada a las 08:00 horas del 13 de mayo de 2017, se destaca que en el informe que rindió el Director del Hospital General de Ciudad Valles de los Servicios de Salud del Estado señala que AR5, ginecólogo atendió a V1, quien decide continuar con la inducción del trabajo de parto sin perdidas transvaginal y posteriormente pasa a quirófano de urgencia para valoración de AR6, ginecólogo quien le diagnostica desprendimiento prematura de placenta a las 11:56 horas de ese día y decidió practicar cesárea, pudiendo entonces determinar que médicos ginecólogos atendieron a V1.

43. Luego entonces, en el caso se advirtió que AR5, fue el primer ginecólogo que valoro a V1, quien pidió revisión médica al presentar dolor intenso de vientre y a las 09:30 horas reportó sangrado vaginal siendo hasta entonces que se le brindó una atención médica integral por médico ginecólogo, lo cual ante el resultado de producto obitado, era necesaria desde su arribó al Hospital General de Ciudad Valles toda vez que desde las 19:52 horas del 11 de mayo de 2017, había reportado perdidas transvaginales, es decir tenía 37 horas reportando perdidas transvaginales hasta que culmino en el desprendimiento de la placenta con abundante sangre vía vaginal.

44. Es de llamarse la atención, que en el expediente clínico como en el informe rendido por la autoridad responsable no se reporta que V1 presentara sangrado abundante como lo refirió en su comparecencia la víctima, lo cual se corrobora con el diagnóstico de desprendimiento de placenta y lo manifestado por Q1, al referir que aproximadamente a las 11:30 horas del 13 de mayo de 2017, se le indicó a V2 que consiguiera pañales porque V1 estaba presentando hemorragia y sería intervenida de urgencia.

45. Ahora bien, de acuerdo con el análisis de la opinión médica que realizó un perito del Colegio de la Profesión Médica se destaca en su análisis que desde la primera vez que V1 reportó salida de líquido transvaginal se le realizó exploración con espejo vaginal hasta la segunda consulta, no se realizó ningún otra prueba diagnóstica como cristalografía, medición de PH, se realizó ultrasonido pero no cuantifico en índice de líquido amniótico (ILA) sólo trascribe como cantidad normal, hasta la cuarta consulta donde la salida de líquido amniótico era muy obvia AR3 decide internarla y posteriormente trasladarla al Hospital General de Ciudad Valles por descenso de frecuencia cardiaca fetal, no tenían HBC papel para registro cardiotocográfico, lo cual es muy importante anotar índice de líquido amniótico para posteriormente compararlo y observar si descendió.

46. Que V1 al ingresar servicio de Ginecología en Hospital General de Ciudad Valles fue valorada por médico general no por ginecólogo, no se realizó valoración de bienestar fetal (perfil biofísico), se indica inducto-conducción con Missosprostol

(50 gramos de prostaglandina) vía oral, no se vigila con monitoreo electrónico (cardiotocografo), no se da seguimiento en Partograma, sólo hay una valoración inicial, V1 es la que avisa que está presentando sangrado transvaginal importante y es cuando detectan la complicación obstétrica, no detectan inicio de perdida de bienestar fetal porque no la están monitorizando ni tenia cardiotocografo.

47. En la citada opinión médica que al respecto realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que la atención de V1 por personal médico del Hospital Básico Comunitario de Xilitla y por el personal médico del Hospital General de Ciudad Valles no fue adecuada, no fue oportuna, no fue completa, no fue eficaz. No fue adecuada ya que no se estableció diagnóstico de ruptura prematura de membranas hasta que fue obvio la salida de líquido y transvaginal, no se utilizaron otros diagnósticos desde la primera consulta.

48. Concluye la opinión médica que la atención de V1 no fue completa ya que al no seguir un protocolo no se detecta la complicación hasta que la misma paciente refiere que está sangrando vía vaginal. No fue eficaz ya que a la paciente se le óbito su producto de termino por no seguir los lineamientos adecuados y protocolos establecidos en las Normas y Guías de manejo correspondientes. Las omisiones de quien indica la inducto-conducción con prostaglandinas debe ser el ginecólogo no el médico familiar y si la indica debe previamente haber corroborado el bienestar fetal y tener un monitoreo necesario para detectar el inicio de cualquier complicación y poder corregirla a tiempo.

49. Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto con relación a la adecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible, en lo que respecta a AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 por no prevenir este tipo de sucesos, ya que son prevenibles pero también requiere que exista compromiso de la autoridad hospitalaria para supervisar el actuar médico, que se lleve a cabo el seguimiento de las normas de manejo ya establecidas, que los Hospitales Básicos

Comunitarios tengan bien claro que pacientes deben enviar a segundo nivel de atención y en el momento oportuno. Si también existe Responsabilidad Institucional ya que es función de ésta contar con el personal idóneo y con capacidad probada, así como con la infraestructura requerida para poder atender al paciente con la calidad requerida.

50. En este aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles ya que en las notas médicas del 13 de mayo de 2017, realizadas a las 08:00 horas se encuentran datos ilegibles, y son fundamentales puesto que de lo manifestado por V1 se destaca que desde esa hora pidió que la valorara un médico al presentar dolor intenso en vientre y que a las 09:30 horas presenta sangrado transvaginal de lo que no hay registro en nota médica. Por lo que respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4, 5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cal deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció.

51. En este contexto, es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes, para lo cual resulta indispensable que de conformidad con el artículo 1, párrafo tercero, de nuestra Carta Suprema, las autoridades garanticen el derecho humano a la salud con base a los principios de progresividad el cual constituye el compromiso de los Estados para adoptar providencias, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas sociales.

52. En este contexto, es aplicable la sentencia del Caso "Albán Cornejo y otros vs. Ecuador", de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, párrafo 68, en la cual se refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento respecto de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

53. Cabe precisar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

54. La jurisprudencia internacional sobre derechos humanos constituye un elemento que debe observarse para hacer más amplia la protección a los derechos de las víctimas, extender el alcance de los mismos, y para formar parte de un diálogo entre Corte y organismos defensores de derechos humanos, lo cual se inscribe en el marco de la protección más amplia y extensiva de los derechos en consonancia con lo que establece el artículo 1, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

55. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Contradicción de Tesis 239/2011, precisó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para México, con independencia de que haya sido o no parte del litigio; que esa fuerza vinculante se desprende del artículo 1 Constitucional ya que el principio pro persona obliga a resolver atendiendo a la interpretación más favorable a la persona.

56. Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Perito Especialista del Colegio de la

Profesión Médica se advirtió que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la oportuna, completa, adecuada y eficaz que debería de corresponder al seguimiento de la especialidad en ginecología.

57. De igual manera, en el presente caso se inobservó el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

58. También se incumplió lo que señalan los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que, en síntesis, establecen el derecho a la vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

59. Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 56, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí, vigente en el momento de los hechos, que establece que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la deficiencia de ese servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

60. Por lo que respecta al pago de la reparación del daño, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 7, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, señalan la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, formule una recomendación que incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño.

61. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI; 96, 106, 110, fracción V, inciso c); 111, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como de los artículos 61, 63, 64, 64 fracción I, 67, 68, 70 y 88 fracción II, 97 fracción I, de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y V2, se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

62. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, así como Guía práctica clínica 446-09 ruptura prematura de membranas, Guía práctica clínica SEDENA-446-09 diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pre termino; México: Secretaría de Salud 2009.

63. En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted Directora General de los Servicios de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para garantizar a V1 y V2 el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción como víctimas en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se les otorgue atención psicológica especializada en su calidad de padres, y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que les beneficie en su condición de víctimas. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a efecto de que en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla y Hospital General de Ciudad Valles se cuente con personal en ginecología para la atención y seguimiento oportuno de atención del embarazo, parto y puerperio, y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire instrucciones a quien corresponda para que en el Hospital Básico Comunitario de Xilitla se cuente con el material e insumos necesarios para la práctica de estudios que corresponden a ese nivel de atención médica, y que se evite como en el presente caso que no se realicen estudios por falta de material y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento

CUARTA. Gire instrucciones precisas a efecto de que, el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, reabra nuevamente el expediente Administrativo 1 para que investigue de manera pronta, exhaustiva, diligente,

acuciosa, puntual, ágil, completa, imparcial, objetiva, expedita, independiente, autónoma, objetiva, técnica y profesional, debiéndose desahogar sin demora, las diligencias efectivas para el debido procedimiento y resolución con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que en su caso se determine la responsabilidad administrativa en que pudo incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital Básico Comunitario de Xilitla y del Hospital General de Ciudad Valles sobre una capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, así como de la Guía de Práctica Clínica No. 446 Diagnóstico y Tratamiento de la ruptura prematura de membranas en pretermino y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento

64. La presente recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de hacer una declaración sobre los hechos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, de que se subsane la irregularidad cometida, y que las autoridades competentes, en el ámbito de sus atribuciones, apliquen las sanciones que correspondan.

65. Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la recomendación, deberán informarse dentro de los quince días

hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

66. Finalmente, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en caso de que la recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este Organismo Público, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, para que explique el motivo de su negativa.

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE